

受付日

(表)

後期高齢者医療資格取得(変更・喪失)届書

被保険者番号								
区分	新規(変更・喪失)				変更前		事由	
(フリガナ) 氏名							1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の市町村から転入 <input type="checkbox"/> 法第51条に非該当 <input type="checkbox"/> 法第55条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条の2該当 <input type="checkbox"/> その他()	
生年月日	年	月	日生	性別	年	月		日生
住所・居住地 (施設名及び 施設所在地)							上記の事由発生年月日 ()	
個人番号							2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 世帯・世帯主の変更 <input type="checkbox"/> 法第55条第2項適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2第2項適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他()	
マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第51条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条不適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2不適用 <input type="checkbox"/> その他()	
世帯主	氏名							上記の事由発生年月日 ()
	性別							3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他の市町村への転出 <input type="checkbox"/> 法第50条第2号非該当 <input type="checkbox"/> 法第51条該当 <input type="checkbox"/> 法第55条不適用 <input type="checkbox"/> 法第55条の2不適用 <input type="checkbox"/> その他()
	生年月日	年	月	日生	年	月	日生	
	個人番号							
続柄							上記の事由発生年月日 ()	
同一世帯の 他の被保険者 (有・無)	氏名	被保険者番号	氏名	被保険者番号				

理由:

上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。

年 月 日

住所

(居住地)

氏名

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診
医療機関名 ()

・入院又は入所中のため 病院・施設名 ()
入院・入所日 年 月 日から

・その他やむを得ない理由 (具体的理由)

()

※ 本人確認欄

運転免許証 パスポート 賦課決定通知書 納入通知書 住基カード
在留カード・特別永住者証明書 障害者手帳 個人番号カード
その他 ()

処理者	確認者	証発行者